



ESCOLINHA

DE FUTSAL INFANTIL



DADOS DO ATLETA

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDENTIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____

NOME DO TITULAR: _____

MATRÍCULA DO TITULAR: _____

TELEFONE FIXO: _____ TELEFONE CELULAR: _____

AUTORIZAÇÃO DOS PAIS / RESPONSÁVEIS

Autorizo o (a) dependente acima a participar das atividades e ações da Escolinha de Futsal Infantil da APCEF/MG;

Declaro que o (a) mesmo (a) se encontra em boas condições de saúde para as práticas lúdicas e esportivas até o momento, e que qualquer alteração do seu quadro clínico emocional será informada;

Manifesto-me de acordo e desde já autorizo a utilização, sem ônus, da imagem do menor acima qualificado, em campanhas, eventos, publicidade e veículos de comunicação em geral.

BELO HORIZONTE, ____ DE _____ DE 20 ____

Assinatura do Titular